N° 294.

ESSAI

SUR LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DE QUELQUES TUMEURS DÉVELOPPÉES

DANS LA RÉGION ÉPIGASTRIQUE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 8 décembre 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR ÉTIENNE-G. MARION-BUSSY, de Lorme,

Département de la Nièvre;

Élève en médecine; Bachelier ès-sciences de l'Académie de Paris.

Fortunatè medebitur qui remedia adhibendi occasiones sagax captat, quive repertæ indicationi potiùs quàm specificæ cuidam remediorum virtuti confidet.

STOLL, t. 1.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX, *Examinateur.*
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL, *Président.*
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, *Examinateur.*
Clinique médicale	LEROUX. / FOUQUIER. / BOUILLAUD. / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER, *Suppléant.* / DUBOIS. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Gerdy.
Bayle.	Gibert.
Blandin.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc, *Examinateur.*
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart, *Suppléant.*	Piorry, *Examinateur.*
Cottereau.	Rochoux.
Dance.	Sandras.
Devergie.	Trousseau.
Dubled.	Velpeau.
Dubois.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Gage d'amour filial et de reconnaissance.

A MONSIEUR ANDRAL,

Professeur à la Faculté de médecine de Paris ; Membre de l'Académie royale de médecine, du Conseil de salubrité ; Médecin du Bureau central de la Pitié.

Faible témoignage de dévouement respectueux, d'estime profonde et de reconnaissance pour les bontés dont il a bien voulu m'honorer.

A MES FRÈRES.

Amitié.

É.-G. MARION-BUSSY.

ESSAI

SUR LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DE QUELQUES TUMEURS DÉVELOPPÉES

DANS LA RÉGION ÉPIGASTRIQUE.

Frappé des difficultés que présente le diagnostic des tumeurs abdominales, témoin des erreurs dans lesquelles on tombe chaque jour en voulant en désigner la nature et en préciser le siége, j'ai cru qu'il ne serait pas sans quelque utilité pour moi de rechercher les causes de cette obscurité, et de faire de ce travail le sujet de ma thèse. Mais pour traiter avec quelque espoir de succès une question de cette importance et de cette étendue, il faudrait des conditions d'expérience et d'érudition que ni mon âge, ni la multiplicité des études médicales ne me permettent de présenter. Pourtant je me rassure en pensant qu'une thèse est encore une étude, et que mieux vaut, ce me semble, présenter un travail incomplet, pourvu qu'il témoigne des efforts et des recherches qu'il a coûtés, que d'écrire sur un de ces sujets, traités plusieurs fois chaque année, et auxquels on n'a rien à changer, rien à ajouter. Je m'efforcerai donc de présenter quelques considérations sur le diagnostic des tumeurs de l'abdomen; mais dans cet horizon immense qui s'ouvre devant moi, j'ai dû fixer

mes regards sur un seul point, me circonscrire dans un cercle plus étroit, et n'envisager des tumeurs de l'abdomen que celles qui se développent dans la région épigastrique; encore ne pourrai-je pas les passer toutes en revue!

On donne le nom de *tumeur*, *tumor*, de *tumeo*, *j'enfle*, à toute saillie, tout gonflement contre-nature existant dans une partie quelconque du corps.

On peut diviser les tumeurs en deux grandes classes, en *aiguës* et en *chroniques*. Les premières sont fréquemment accompagnées de symptômes inflammatoires plus ou moins intenses; les secondes sont le produit d'un travail lent et obscur, qui, s'il reconnaît encore souvent une inflammation pour cause, n'en revêt pas, du moins, les formes ordinaires. Il est presque inutile de rappeler que des tumeurs franchement aiguës dans le principe finissent souvent par devenir chroniques; mais alors leur nature a changé, comme aussi les symptômes par lesquels elles révèlent leur existence et le traitement qu'elles réclament. D'ailleurs, il ne faut pas croire qu'un travail inflammatoire soit nécessaire pour la formation d'une tumeur : combien n'en est-il pas qui se développent sans inflammation préalable! Telles sont, par exemple, la plupart de celles qui sont produites par la rétention des matières au sein des parties qui les forment ou leur livrent passage, par des corps étrangers, par un épanchement de sang, de sérosité, etc., par l'hypertrophie d'un tissu, hypertrophie qui souvent reconnaît pour cause unique une irritation de nutrition, chose bien distincte de l'inflammation.

J'étudierai successivement les différentes tumeurs qui peuvent se développer dans la plupart des organes de la région épigastrique, et je m'efforcerai d'établir les signes à l'aide desquels on pourra les distinguer des tumeurs appartenant aux organes voisins. Bien souvent je serai forcé de suivre le développement d'un organe dans une autre région; car la nature se prête difficilement à ces divisions systématiques que nous établissons pour l'intelligence plus facile de ses actes.

Avant de commencer cette étude, je dois tracer quelques règles à suivre dans l'exploration de l'abdomen. Le malade doit être couché sur le dos, la tête demi-fléchie sur la poitrine et soutenue par des oreillers, les bras allongés sur les côtés du corps, les cuisses et les jambes fléchies. Le médecin, placé à côté du malade, appliquera largement la main sur le ventre, et, exerçant une pression modérée, il en appréciera la densité; ou bien, appuyant avec plus de force, il étudiera celles des tumeurs placées plus profondément, cherchera à en apprécier la situation, l'étendue, la forme, afin de déduire la connaissance d'en tel ou tel organe malade. Cela posé, passons à l'étude des tumeurs de chaque organe en particulier.

Tumeurs de l'estomac. L'importance des fonctions de l'estomac, les nombreuses et actives relations qu'il entretient avec les différens organes, la facilité avec laquelle ses moindres souffrances retentissent dans l'économie tout entière, ont, dès long-temps, dirigé l'attention des pathologistes sur les maladies diverses auxquelles il est sujet. Pourtant il faut bien avouer que, malgré les travaux dont le ventricule a été l'objet, nous sommes encore loin d'être arrivés à la connaissance exacte, positive de ses différentes altérations. Cette obscurité s'attache plus particulièrement peut-être aux maladies dont je dois m'occuper; ce sont celles qui s'accompagnent d'un développement morbide de l'organe, manifesté par une tumeur plus ou moins saillante dans la région épigastrique. Tantôt cette tumeur consiste dans un soulèvement de la paroi abdominale dont le toucher ne peut saisir la base ; tantôt elle offre un point dur, irrégulier et circonscrit ; parfois générale, c'est-à-dire formée par la totalité de l'estomac, elle est le plus souvent partielle, et alors elle peut être observée, soit aux deux orifices, soit à quelqu'un des points du corps de l'estomac.

Tumeurs formées par la totalité de l'estomac. Lorsque, sous l'influence de causes diverses, telles que l'ingestion habituelle d'une grande

quantité d'alimens, l'atrophie ou la destruction de la couche musculaire dans une certaine étendue, la présence d'un obstacle à l'orifice pylorique, etc., l'estomac se laisse distendre outre mesure par les substances alimentaires, il est susceptible d'acquérir un volume tel, qu'il se dessine à travers les parois abdominales, et s'élève en formant une tumeur souvent appréciable à la fois à la vue et au toucher. Dans ce cas, si on explore l'abdomen avec les précautions indiquées plus haut, on reconnaît une tumeur fluctuante, conservant plus ou moins la forme de l'estomac, s'étendant obliquement de gauche à droite, en décrivant une courbe dont la concavité est dirigée en haut, dont la convexité, dirigée en bas, dépasse souvent l'ombilic et parfois arrive jusque dans l'hypogastre. Dans le plus grand nombre des cas, cette tumeur accompagne de graves lésions de l'estomac, que signalent un trouble plus ou moins profond des fonctions digestives, et tout ce cortége de symptômes qui marque le développement et la marche des affections organiques de l'estomac. Les décrire ici serait faire l'histoire symptomatologique de la gastrite chronique et du cancer de l'estomac, dont je m'occuperai bientôt; seulement je ferai remarquer, comme caractère spécial de cette tumeur, l'existence de vomissemens éloignés et fort abondans, toujours suivis d'un affaissement et d'une diminution manifeste de son volume. D'ailleurs, si la distension de l'estomac tient à un obstacle mécanique au passage des alimens à travers l'orifice pylorique, le palper fera souvent reconnaître l'existence d'une tumeur plus ou moins facile à circonscrire, et dont la situation est singulièrement variable. En effet, le ventricule, lorsqu'il est distendu outre mesure, perd sa forme et s'incline en tendant à devenir de moins en moins recourbé sur lui-même. Cette modification de sa forme, dessinée à travers les parois abdominales, guidera dans la recherche de l'orifice pylorique de l'organe, et contribuera à éclairer encore le diagnostic.

Il est une autre tumeur, formée par l'estomac, qui a des rapports nombreux avec celle que je viens d'examiner, mais qui en diffère dans quelques points; je veux parler de l'hypertrophie de la mem-

brane musculaire de cet organe. Déjà signalée par *Morgagni* (*de Sed. et caus. morb.*, epist. xxxiv), elle a été plus particulièrement étudiée depuis que les travaux de MM. *Andral* et *Louis* ont appelé sur elle l'attention des pathologistes. Je ne crois pas que, jusqu'à présent, cette altération ait été observée séparée d'un rétrécissement du pylore : aussi M. *Louis*, dans un mémoire inséré dans les Archives de médecine, t. 4, se demande-t-il si la cause immédiate de cette hypertrophie n'est point dans l'obstacle même que la diminution de l'orifice pylorique apporte au passage des alimens. Dans les deux observations pleines d'intérêt qui sont rapportées dans ce travail, on voit que les premiers symptômes de la maladie se sont montrés, chez le premier sujet, à quarante ans, chez le second, à quarante et un ans, époques de la vie où les affections organiques de l'estomac sont le plus fréquentes. Nul excès dans les boissons ou les alimens n'avait précédé le trouble des fonctions digestives : nouvelle preuve à ajouter à mille autres, qu'il est aux maladies une cause cachée, une disposition fatale que les agens extérieurs mettent souvent en jeu, mais qui souvent aussi n'attendent point, pour se manifester, que ces agens viennent leur donner l'éveil. Chez l'un et chez l'autre, les vomissemens étaient fréquens, la douleur peu marquée ; chez tous les deux, le ventre, plus tendu à gauche qu'à droite, faisait dans ce dernier sens une saillie légère, qui avait exactement la forme d'un estomac distendu, dont l'extrémité pylorique se trouverait plus ou moins près de l'ombilic. A cet endroit, le palper faisait reconnaître une tumeur de la grosseur du poing chez le premier sujet, beaucoup moins volumineuse chez le second ; indolente chez l'un et chez l'autre, à moins d'une forte pression. Dans ce cas, le siége de la tumeur ne peut laisser aucun doute : sa forme, la nature des symptômes qui l'accompagnent, tout démontre qu'elle appartient à l'estomac. Mais est-elle due à une simple distension des parois de cet organe par une grande quantité d'alimens, ou bien à l'épaississement de ces mêmes parois, à l'hypertrophie de la membrane musculaire, soit seule, soit accompagnée du développement de la couche celluleuse qui en revêt

les deux faces? Voilà ce qu'il faut examiner. Dans le cas de simple distension, soit avec amincissement des parois gastriques, soit avec intégrité dans l'épaisseur de ces mêmes parois, la tumeur est molle, pâteuse, et il est possible, surtout après l'ingestion d'une certaine quantité de boissons, d'y déterminer une fluctuation manifeste. Dans le cas d'hypertrophie, les parois de l'estomac peuvent être cinq et six fois plus épaisses que dans l'état naturel; elles ont même été vues d'un pouce d'épaisseur. (*Prus*, thèse 1827.) La résistance, sera donc plus considérable, la fluctuation impossible ou très-obscure; la tumeur sera moins susceptible de diminution après les vomissemens, qui, d'ailleurs, seront plus fréquens et moins abondans. La percussion médiate, pratiquée sur la tumeur, développera une résonnance stomacale moins nette que dans l'état normal. Si l'estomac ne contenait que des gaz, l'ingestion d'une certaine quantité de liquide ferait naître de la matité là où existait de la résonnance, et un bruit humorique dans les points où le liquide est voisin des fluides élastiques. J'avoue toutefois que ces modifications, appréciables pour l'auteur de la percussion médiate, seront saisies avec peine par les sens moins exercés de la plupart des médecins.

Tumeurs partielles. Ces tumeurs appartiennent presque toutes au cancer de l'estomac et à ses formes diverses; si d'autres altérations, comme des kystes des tumeurs graisseuses, peuvent aussi les produire, il n'est point, je crois, de caractères à l'aide desquels on puisse les distinguer, et il me semble nécessaire de réunir ces tumeurs en un seul groupe pour les étudier sous le rapport du diagnostic. Signalées depuis long-temps, puisque *Galien* remarque qu'il naît quelquefois dans l'estomac *une verrue, une excroissance qui gêne le passage des alimens et peut même le rendre impossible*, ces tumeurs ont été vues revêtant les formes les plus variées, et développées aux degrés les plus différens. Elles forment un des caractères distinctifs les plus importans entre la gastrite chronique et le cancer de l'estomac, deux affections dont la seconde n'est peut-être qu'un degré

plus avancé de la première, et qui développent des désordres fonctionnels à peu près identiques; mais ce signe, qui serait bien précieux s'il était constant, devient de peu de valeur par le nombre des cas où il manque, soit que le cancer existe sans qu'il y ait réellement tumeur, soit que celle-ci ne puisse être reconnue à cause de sa situation et de la profondeur des parties qui la recouvrent. Quoi qu'il en soit, c'est surtout aux orifices et dans leur voisinage que les tumeurs squirrheuses se développent. On trouve l'explication de ce fait dans la texture même de l'estomac dans ces points; là, en en effet, la membrane musculaire est plus épaisse et les couches de tissu cellulaire qui l'unissent à la muqueuse et à la séreuse sont beaucoup plus développées que sur les faces de l'organe, où elles s'amincissent de plus en plus. Comme de leur situation résultent des différences dans les symptômes qu'elles produisent, il est convenable d'étudier ces tumeurs successivement dans chacun des points où on les observe le plus souvent.

Tumeurs squirrheuses du cardia. Lorsqu'une tumeur, presque toujours obscure et profonde, existe dans le voisinage de l'appendice xiphoïde, qu'en même temps il y a difficulté et douleur dans la déglutition des alimens solides, quelquefois même des alimens liquides; que peu d'instans après leur introduction ils sont rejetés par le vomissement ou plutôt par une sorte de régurgitation; qu'une douleur lancinante se fait sentir au bas du sternum; lorsqu'à ces symptômes se joignent ceux d'une affection organique de l'estomac, que la nutrition est altérée, la constipation opiniâtre; que la peau offre cette coloration jaune-paille qui accompagne si souvent les affections cancéreuses, on peut annoncer l'existence d'un squirrhe avec rétrécissement de l'orifice supérieur de l'estomac. Une tumeur anévrysmale pourrait donner lieu à des symptômes qui auraient avec ceux-ci quelque analogie; mais, dans l'anévrysme, la tumeur offre presque toujours des pulsations et un mouvement d'expansion. La digestion est rarement troublée; un effort, une émotion morale aug-

mentent rapidement la gêne de la déglutition ; d'un autre côté, la force et l'appétit se conservent, et l'embonpoint persiste durant un temps assez long.

Tumeurs squirrheuses du corps de l'estomac. Ces tumeurs ne se montrent qu'à une époque assez avancée de la maladie, lorsque de graves accidens annoncent déjà une altération profonde du principal organe de la digestion. Cependant telle est leur importance comme signe diagnostique, qu'avant leur apparition on peut douter encore de l'existence d'un cancer; car il n'est aucun des symptômes qui accompagnent cette maladie qui puisse être considéré comme spécial, et qu'on n'observe pas dans la gastrite chronique. Pourtant, tandis que cette dernière affection peut exister à peu près à toutes les époques de la vie, le cancer de l'estomac se développe rarement avant l'âge de trente ans. Au début, les digestions, d'abord lentes et pénibles, ne tardent pas à se pervertir ; elles s'accompagnent de malaise et de chaleur à l'épigastre, et donnent lieu à des rapports acides ou nidoreux, à des nausées, à quelques vomissemens de mucosités filantes, survenant particulièrement le matin. Le malade se plaint d'éprouver à l'épigastre une pesanteur incommode, qui bientôt se change en douleurs ou sourdes, ou vives et lancinantes, et revenant par intervalles ; c'est une barre qui le presse, une sensation de déchirement qui se propage jusqu'au rachis. C'est alors qu'ordinairement, si l'on vient à explorer l'épigastre, on y découvre une tumeur plus ou moins volumineuse, qui paraît inégale ou unie, mobile ou adhérente aux parties voisines, indolente ou légèrement sensible à la pression. Déjà, depuis quelque temps, l'estomac rejette par le vomissement une partie des alimens qu'on lui confie, et, chose bien digne de remarque, il semble exercer un choix parmi les substances qu'il contient ; souvent celles dont il se débarrasse sont les plus douces, celles qui sembleraient devoir être le plus facilement digérées. Il est des cas où les vomissemens sont très-rares et même manquent tout à fait : cette circonstance peut donner à peu près la certitude que le pylore est libre,

et que la tumeur que l'on observe appartient au corps de l'estomac: toutefois il est bien plus commun de voir les vomissemens devenir de plus en plus rapprochés; ils surviennent après l'ingestion des substances alimentaires, et en contiennent une partie. Celles-ci, qui d'abord étaient peu altérées, deviennent brunâtres, comme mêlées de suie ou de marc de café; mais cette coloration n'est point constante; la peau prend une teinte jaune particulière, la maigreur fait des progrès, les extrémités s'œdématient; à une constipation souvent opiniâtre succède une abondante diarrhée; la fièvre est continuelle, la soif vive, l'anorexie complète; le malade s'affaiblit de plus en plus, il finit par succomber dans le marasme, épuisé par de longues souffrances.

Tumeurs squirrheuses du pylore. Est-il quelques caractères particuliers qui puissent faire reconnaître qu'une tumeur développée à l'épigastre, et s'accompagnant des symptômes que je viens d'énumérer, a plus particulièrement son siége au pylore? Ces caractères n'ont rien de bien certain. La tumeur occupe davantage le côté droit; les vomissemens sont abondans et n'ont lieu qu'un certain temps après les repas; l'épigastre est beaucoup plus météorisé. Il suffit d'énumérer ces signes pour en démontrer l'insuffisance.

Quel que soit le siége précis d'une tumeur squirrheuse de l'estomac, soit qu'elle occupe l'orifice pylorique, soit qu'elle existe dans quelqu'un des points du corps de l'organe, elle peut être confondue avec une tumeur de l'épiploon, avec un engorgement des glandes qui environnent les deux bords de l'estomac, avec le développement morbide du pancréas, du lobe gauche du foie, avec différentes tumeurs de ce dernier viscère. J'étudierai successivement ces tumeurs sous le rapport de leurs symptômes, et je m'efforcerai de faire ressortir les signes à l'aide desquels on pourra les distinguer, soit entre elles, soit d'avec les tumeurs de l'estomac.

En raison de leur siége superficiel, certaines inflammations circonscrites du péritoine produisent des tumeurs plus ou moins sensibles à

la vue et au toucher. On conçoit toutes les variétés de situation, de volume et de formes qu'elles peuvent affecter. Leur diagnostic est souvent fort obscur, parce que si quelqu'un des organes voisins vient à présenter des désordres fonctionnels sympathiques ou résultat d'une lésion concomitante, on sera porté à considérer ces tumeurs comme appartenant à ces mêmes organes, dont on expliquera ainsi la souffrance. Quelques difficultés que présente ce sujet, j'essaierai d'indiquer les signes distinctifs de ces tumeurs, en les examinant dans le grand épiploon et dans le péritoine des hypochondres.

Tumeurs de l'épiploon. Le grand épiploon peut devenir le siége d'une tuméfaction considérable par le fait d'une phlegmasie aiguë des membranes qui le composent; elle a été le plus souvent observée chez des individus atteints d'affection organique de l'estomac ou du foie. Une douleur subite et très-vive se déclare; presque aussitôt apparaît une tumeur; des vomissemens, et tous les symptômes d'une péritonite aiguë surviennent. Si les malades succombent, on trouve le plus souvent, à l'ouverture du corps, l'épiploon tuméfié, et laissant échapper de son tissu, mou et friable, un liquide sanguinolent. On conçoit, du reste, que ces caractères anatomiques doivent varier suivant les degrés de la maladie et l'époque à laquelle les sujets ont succombé. Dans un cas de cette nature, l'apparition brusque des accidens, l'acuité de la douleur, qui s'exaspère à la moindre pression, la tuméfaction rapide d'un point limité du ventre, peuvent bien donner l'éveil sur le siége et la nature de la maladie; mais pour arriver à quelque degré de certitude à cet égard, pour ne point confondre cette affection avec une péritonite partielle, suite d'une perforation de l'estomac, il faudrait s'assurer si la tumeur est formée par un corps solide ou par l'épanchement d'un liquide. Cet examen est rendu impossible et par la douleur qu'il occasionerait et par la tension permanente des muscles droits.

Le plus communément, les tumeurs de l'épiploon ne se développent point avec cet appareil de symptômes aigus; elles surviennent

lentement, d'une manière sourde et sous l'influence d'un travail tout à fait chronique. Dans ces cas, l'épiploon est ou induré, ou hypertrophié, ou cancéreux; ses lames sont distendues ou par une collection purulente, ou par de la matière tuberculeuse, stéatomateuse, etc.; parfois mobiles, ces tumeurs sont le plus souvent adhérentes; variables par leur volume et leur forme, elles peuvent facilement être confondues avec l'estomac, dont les parois seraient squirrheuses. Cette erreur deviendrait plus facile encore si la tumeur se trouvait dans cette partie de l'épiploon qui borne la grande courbure de l'estomac, et s'étendait de gauche à droite en suivant la direction de cet organe; car alors les tiraillemens que le poids de la tumeur exercerait sur le ventricule, comme aussi la coïncidence d'une affection organique de ce viscère, donneraient lieu à des désordres fonctionnels qui pourraient contribuer puissamment à faire prendre le change sur le véritable siége de la maladie. Dans ces cas obscurs, le diagnostic devient extrêmement difficile. Pour peu que la tumeur soit éloignée des parois de l'estomac, la percussion, pratiquée sur cet organe, d'abord à l'état de vacuité, puis après l'ingestion d'une certaine quantité de boisson, pourra faire découvrir qu'elle est étrangère à ce viscère, en fournissant les moyens d'en limiter exactement l'étendue. D'un autre côté, la situation superficielle de la tumeur, reconnue à l'aide du plessimètre, qui développera un son mat en faisant éprouver au doigt une résistance assez forte, aidera jusqu'à un certain point à éclairer le diagnostic.

Dans quelques cas, ces tumeurs, adhérentes et peu volumineuses, ne déplacent point l'estomac, ne le troublent nullement dans ses fonctions, et peuvent rester ainsi pendant un temps fort long sans imprimer à l'économie une notable modification. Ici les signes rationnels donnent une nouvelle force aux signes physiques dont nous venons de parler. Les digestions sont intactes; donc l'estomac n'est point le siége de cette tumeur; car, s'il est des cas où cet organe ne révèle qu'imparfaitement, par ses désordres fonctionnels, de profondes altérations de son tissu, il n'en est pas moins impossible qu'une tumeur

développée dans les parois de l'estomac ne donne lieu à aucun trouble, aucun désordre de ses fonctions. Ce que je dis de l'estomac s'applique entièrement au colon. En procédant ainsi par voie d'exclusion, on arrive à assigner à la tumeur que l'on observe son véritable siége.

Si le grand épiploon est particulièrement développé dans sa partie gauche, il peut arriver que la tumeur qu'il forme ressemble, par sa situation, ses rapports et sa direction, à la rate fortement tuméfiée. Mais, d'une part, il est bien rare de voir la rate gonflée au point d'envahir une grande partie de l'abdomen sans qu'il y ait eu antécédemment ou sans qu'il existe encore une fièvre intermittente; car l'accroissement que prend cet organe dans l'atrophie du foie, dans les fièvres typhoïdes, etc., assez considérable pour déterminer une tumeur dans l'hypochondre gauche, au-dessous du rebord costal, est bien rarement porté assez loin pour que cet organe s'avance dans l'épigastre et dans le voisinage de l'ombilic : d'un autre côté, dans les cas de développement anormal de la rate, elle conserve presque toujours sa forme régulière; c'est un fait que j'ai été à même de constater un grand nombre de fois sur des malades atteints de fièvre intermittente. J'ai vu cette forme régulière dans des cas où la rate dépassait l'ombilic à droite, et venait, par son extrémité, reposer sur le pubis. Partout la main sentait une tension uniforme, jusqu'au moment où, arrivée sur l'extrémité droite de la tumeur, elle appréciait distinctement et limitait avec la pulpe des dogts le bord tranchant et légèrement taillé en biseau de la rate. Cette régularité ne s'observe point dans le cas de tumeur épiploïque; d'un autre côté, les fonctions de l'estomac, assez rarement troublées d'une manière un peu sérieuse par le fait seul d'un engorgement splénique, éprouveront de plus graves atteintes dans le cas de dégénérescence de l'épiploon.

A côté de ces tumeurs se rangent naturellement celles qui sont le résultat de la tuméfaction des ganglions disposés le long des deux bords de l'estomac. Cette tuméfaction survient le plus souvent à la suite de gastrites chroniques. De même que les tumeurs squirrheuses de l'estomac, celles-ci peuvent être appréciables au toucher en divers

points de la région épigastrique, et présenter la plus grande analogie avec elles par leur forme, leur position, leur volume et leur mobilité. Souvent ces ganglions, ainsi tuméfiés, refoulent le ventricule, le déplacent, et contribuent à augmenter le trouble des digestions, déjà altérées par un état de phlegmasie chronique de la muqueuse gastrique. Elles peuvent aussi comprimer le pylore et donner lieu à des vomissemens fort opiniâtres. Ici, grande est la difficulté pour distinguer ces tumeurs du squirrhe de l'estomac. Les désordres de la digestion sont les mêmes, les symptômes locaux sont partout identiques : un seul signe nous reste sur lequel les auteurs ont insisté, mais qui n'a que peu de valeur ; je veux parler de l'absence des vomissemens noirs. En effet, s'il est vrai qu'une tumeur solide, résistante, parfois inégale, développée dans les parois de l'estomac, soit toujours ou presque toujours due à un cancer de cet organe, on devrait conclure que c'est d'une affection de cette nature qu'il s'agit dans le cas qui nous occupe ; mais jamais il n'y a eu de vomissemens noirs, phénomène que quelques auteurs regardent comme le seul signe positif, évident du cancer de l'estomac : il faudrait donc reconnaître que la tumeur que l'on observe n'appartient point à ce viscère. Mais la conclusion serait fausse, parce qu'on serait parti d'un principe erroné. En effet, une foule d'observations prouvent que des cancers de l'estomac, même ulcérés, même très-vastes, n'ont jamais donné lieu à des vomissemens noirs : c'est un fait dont on pourra se convaincre en lisant les ouvrages de *Morgagni*, de M. *Andral*, de *Chardel*, etc.

Par suite d'une modification purement nerveuse, une tumeur peut-elle apparaître dans la région épigastrique? Les auteurs en citent plusieurs observations. M. *Alibert*, Nouv. élém. de thér., t. 2, rapporte l'histoire d'un jeune enfant qui présentait une tumeur considérable aux régions hypochondriaque et gastrique, accompagnée de douleurs extrêmement vives, et qui revenaient par intervalles. On lui fit prendre du musc, à la dose de trois grains, dans un bol composé de nitre, d'yeux d'écrevisses et de sirop de pavot. A peine cette prépa-

ration fut-elle parvenue dans l'estomac que la tumeur s'affaissa. L'usage du même remède fut continué ; on en porta la dose jusqu'à quarante grains, et cette affection disparut complètement. Dans un cas de ce genre, la nature des douleurs, qui sont ordinairement très-vives, leur périodicité, leur apparition, ainsi que celle de la tumeur, à la suite d'une émotion morale, la persistance de l'embonpoint, malgré de longues souffrances, l'absence de cette coloration particulière de la face qui accompagne les maladies organiques de l'estomac, enfin la jeunesse du sujet, sa constitution nerveuse, et par-dessus tout l'absence de fièvre, sont des signes dont la réunion suffira presque toujours pour éclairer le diagnostic. S'il reste des doutes, le traitement viendra les dissiper par ses bons effets ou son inutilité. Cette dernière épreuve ne devra pas être différée ; car ces accidens, qui d'abord sont sous la dépendance exclusive du système nerveux, ne pourront-ils pas devenir la cause et le principe d'une altération organique ?

Dirai-je quelque chose des tumeurs épigastriques formées par la présence de corps étrangers accidentellement introduits dans l'estomac ? Le diagnostic est ordinairement si facile dans ce cas, les signes commémoratifs joints aux symptômes locaux sont si positifs, que je ne crois pas nécessaire d'insister longuement sur ce sujet. Lorsqu'un individu a avalé un corps solide volumineux, non susceptible d'être digéré ; lorsqu'il ressent dans la région de l'estomac des douleurs plus ou moins aiguës ; que le palper fait découvrir dans le même point une tumeur dont la dureté et l'irrégularité sont en rapport avec la nature et la forme du corps avalé, il est impossible de confondre cette tumeur avec aucune autre. Serait-il permis de croire dans l'estomac un corps qui serait dans quelqu'un des points du colon transverse ? Mais comment admettre que ce corps étranger aurait rapidement parcouru la presque totalité du tube intestinal sans révéler sa marche par quelques accidens ? D'ailleurs les symptômes auxquels il donnerait lieu différeraient beaucoup de ceux qu'il développerait dans l'estomac. Dans ce dernier cas, on observerait des nausées, des vomissemens, une douleur épigastrique, une soif vive, en un mot, tous les signes

d'une violente irritation gastrique. Dans le premier, il existerait des *coliques*, de la diarrhée ou de la constipation, suivant que le corps étranger intercepterait plus ou moins le cours des matières fécales. *Bartholin* et *Stalpar Wenderviel* rapportent qu'un jeune homme qui jouait de la flûte reçut un soufflet qui lui enfonça cet instrument dans le gosier ; il s'engagea dans l'œsophage, et tomba dans l'estomac, où on le sentait à droite, à travers les tégumens du ventre : il finit par le rendre par la voie des selles.

Le docteur *Bernes* a publié (The Edimb. philos. journ., janvier 1825) l'histoire fort curieuse d'un jongleur qui, feignant d'avaler un couteau, le lâcha maladroitement, et l'instrument ne tarda pas à pénétrer dans l'estomac, où on le sentait parfaitement. Des accidens graves se manifestèrent. Consulté, *Astley Cooper* conseilla d'extraire le couteau en incisant les parois abdominales ; mais le malade s'y refusa, et ne tarda pas à succomber à tous les symptômes d'une gastrite suraiguë. L'opération proposée avait déjà été pratiquée plusieurs fois avec succès, ainsi qu'on peut s'en assurer par les observations rapportées par différens auteurs. En 1636, un opuscule a été publié à Leyde sur ce sujet ; une observation qui s'y trouve consignée a été rapportée par *Hévin* (Mémoires de l'académie de chirurgie, t. 1, p. 595). Enfin on peut lire dans les Éphémérides d'Allemagne, année 1720, l'histoire d'un fait semblable, et du procédé qui fut mis en usage pour l'extraction du corps étranger.

Tumeurs du pancréas. Quelles qu'aient été les recherches que j'ai faites pour arriver à la connaissance de signes caractéristiques des tumeurs du pancréas, et des moyens de les distinguer de celles qui appartiennent aux organes voisins, et particulièrement à l'estomac, j'avoue que j'ai complètement échoué. On trouve bien çà et là, dans les journaux de médecine et les recueils d'observations, des exemples de maladies du pancréas qui ont été reconnues, quoique d'une manière douteuse, pendant la vie, et dont l'existence a été constatée après la mort. Mais toujours quelques circonstances spéciales, quel-

ques phénomènes particuliers, qui n'ont rien de constant dans ces maladies, et qui ne peuvent s'appliquer à la généralité des cas, sont venus éclairer le diagnostic. « Les maladies du pancréas, dit *Frank*, sont le plus souvent chroniques, latentes, et annoncées par des symptômes très-équivoques. Les tumeurs qu'il forme, à moins qu'elles ne soient considérables et les malades très-maigres, sont fort difficiles à constater. » J'ajouterai que tous les signes qu'on pourrait tirer de la profondeur, de la forme et de la position de ces tumeurs ne peuvent être d'aucune valeur, puisqu'un squirrhe de la paroi postérieure de l'estomac donnerait lieu à des symptômes identiques. Il n'existe pas plus de certitude dans l'appréciation des phénomènes auxquels donnent lieu ses diverses altérations morbides constatées par les ouvertures de corps, tels que les abcès, dont il est fort rarement le siége, les calculs, la dilatation de son canal excréteur, le squirrhe, le cancer, etc. ; je dirai seulement que ces lésions déterminent ordinairement des douleurs violentes à l'épigastre, douleurs qui augmentent par l'ingestion des alimens et causent de l'inappétence et de l'anxiété : *Morgagni* a surtout remarqué, dans ces cas, des vomissemens opiniâtres de matière filante, couleur de tabac ; mais ces symptômes s'observent dans certaines maladies de l'estomac accompagnées de tumeurs ; elles n'ont donc rien de spécial, rien de caractéristique.

Tumeurs développées dans la cavité des épiploons. Ce que je viens de dire de l'incertitude qui règne dans le diagnostic des tumeurs du pancréas s'applique également à une autre tumeur de l'épigastre, à celle qui est formée par un épanchement de sérosité ou de pus dans l'arrière cavité des épiploons, dont l'hiatus a été accidentellement oblitéré. On pourra juger de l'obscurité de ces tumeurs par l'observation suivante, empruntée à l'ouvrage de *Chardel* : « Un plumassier, « âgé de trente-deux ans, adonné aux plaisirs de Bacchus et de Vénus, éprouve, dans le mois de février 1805, une douleur profonde « à la région de l'estomac, bientôt suivie d'une gêne dans les diges-

« tions et de vomissemens fréquens. Ces accidens ne cédèrent pas à « l'usage des antispasmodiques. Quatre mois plus tard, il se mani- « festa une petite tumeur à l'épigastre, qui s'étendit successivement. « Cependant la violence des accidens augmentait chaque jour; ils le « réduisirent à un état de marasme qui l'obligea d'entrer à l'Hôtel- « Dieu le 22 décembre 1805. La maigreur était extrême; le malade « ne pouvait supporter les alimens les plus légers; il les rendait par « le vomissement peu d'instans après les avoir pris. On sentait à l'é- « pigastre un corps dur, qui s'enfonçait par la pression et revenait « bientôt à son état antérieur. Il y avait dévoiement abondant, pal- « pitations, pouls vite, irrégulier; pâleur de la face, fluctuation « dans l'abdomen, œdématie des membres inférieurs. La maladie fut « regardée comme un squirrhe du pylore dont les progrès étaient « avancés, et le malade fut mis aux apéritifs. Les symptômes s'exas- « pérèrent le lendemain : insomnie, respiration laborieuse, fré- « quente; pouls toujours irrégulier. On donna une potion calmante. « Le 24, la gêne de la respiration est excessive, l'irrégularité du pouls « encore augmentée : il devient intermittent; la figure est hippocra- « tique. Enfin, mort à onze heures du matin. — Le poumon et le « cœur étaient sains; le diaphragme, refoulé en haut, diminuait la « capacité de la poitrine; l'abdomen contenait une certaine quantité « de sérosité; l'estomac, parfaitement sain, se trouvait comprimé et « poussé en avant par une énorme quantité de pus renfermé dans « l'arrière-cavité des épiploons, dont l'ouverture naturelle était com- « plètement oblitérée; la portion du péritoine qui la forme était « épaissie et opaque, mais cette membrane était saine dans le reste « de son étendue. » (Monogr. des dégén. squirr. de l'est., p. 194.)

A la profondeur à laquelle l'abcès est situé, il est bien difficile de constater la fluctuation : un corps dur se présente; on parvient avec peine à le circonscrire; il disparaît sous la pression, et semble fuir sous la main qui l'explore. Pareille chose peut arriver pour une tumeur squirrheuse mobile, susceptible d'être déprimée et pour ainsi dire logée dans l'intervalle des organes qui l'environnent. Et les dés-

ordres fonctionnels ne sont-ils pas ceux que l'on observe dans le squirrhe du pylore? Avouons donc l'impossibilité où nous sommes d'arriver, dans des cas pareils, à un diagnostic certain, et laissons le problême sans solution. Espérons toutefois que des recherches ultérieures finiront par éclairer ces questions, qui ont bien leur importance.

Tumeurs du foie. Elles sont nombreuses, et résultent de presque toutes les maladies dont il est susceptible; de plus, certaines circonstances, indépendantes de toute altération de cet organe, le déplacent et le font saillir au-dessous de la base de la poitrine qui lui sert d'abri. Dans ces cas, tantôt il est dirigé directement en bas, tantôt il est déjeté à gauche, et, envahissant l'épigastre, qu'il remplit, il vient toucher la rate. Je m'occuperai d'abord des tumeurs formées par ces déplacemens, de leurs causes, des signes à l'aide desquels on pourra les reconnaître; je passerai ensuite à l'étude des tumeurs qui résultent d'une maladie du foie lui-même, soit de son parenchyme, soit de l'appareil sécréteur de la bile.

Quelle que soit la cause qui ait présidé à la formation d'une tumeur du foie, trois moyens de la reconnaître se présentent : ce sont, 1°. l'examen de la forme de la région costo-abdominale; 2°. le palper; 3°. la percussion.

Quelquefois il suffit de la simple vue pour reconnaître que le rebord costal est déjeté en dehors et que les parois de l'hypochondre droit sont soulevées par une tumeur qui, sortant, pour ainsi dire, de dessous le thorax, le dépasse dans une plus ou moins grande étendue. Ce premier examen achevé, il faudra palper la région du foie, après avoir fait coucher le malade sur le dos, puis sur l'un ou l'autre côté, puis enfin après l'avoir fait mettre debout. De cette manière, la main, non-seulement sentira dans l'hypochondre droit une tumeur insolite, mais encore elle limitera avec la pulpe des doigts le bord tranchant du foie, en appréciera l'irrégularité, les bosselures, la dureté, la mollesse, etc.

Lorsqu'à l'aide de ces moyens, auxquels il faut ajouter la percussion médiate, on parvient à constater que le foie dépasse le rebord cartilagineux des côtes et fait saillie dans l'hypochondre droit, il ne faut pas trop se hâter de prononcer qu'il est le siége de quelques altérations qui en augmentent le volume, lors même qu'une coloration ictérique de la peau récemment survenue, ou qu'une douleur dans la région hépatique, sembleraient autoriser à le penser. En effet, la douleur peut être due à une pleurésie diaphragmatique; l'ictère peut reconnaître cette cause, comme encore une émotion morale. La tumeur enfin est souvent le résultat d'un déplacement opéré par la pression d'un organe ou d'une partie voisine. S'il est produit par un pneumo-thorax ou un épanchement pleurétique, l'auscultation de la poitrine, jointe aux autres signes de ces deux affections, et qu'il n'est pas de mon sujet d'examiner, ne permettent point l'erreur. Il n'en est pas de même lorsqu'à la suite d'une inflammation partielle du péritoine, qui revêt le sommet du foie et la partie correspondante du diaphragme, un épanchement circonscrit par des adhérences se fait entre ces deux parties : dans ce cas, le diagnostic offre beaucoup d'incertitude. D'une part, on reconnaît aisément, par le palper, que le foie dépasse le rebord costal; d'autre part, la percussion démontre, dans la région qu'occupe cet organe, une matité plus étendue que de coutume; mais les signes physiques se bornent là. L'auscultation de la poitrine fait bien reconnaître l'absence de toute lésion des organes qu'elle renferme ; elle donne la certitude que la matité que l'on observe ne dépend point d'un épanchement pleurétique, mais elle ne jette aucun jour sur sa nature. Quant aux signes rationnels, ils sont complètement insuffisans : tantôt, en effet, une douleur vive existe à la base du thorax du côté droit, tantôt elle est sourde ou nulle ; quelquefois il survient un ictère; souvent ce phénomène manque complètement; parfois il y a un mouvement fébrile plus ou moins intense ; il n'est pas très-rare cependant de le voir manquer, de même que dans certaines pleurésies, de même aussi que dans quelques péricardites. Une des principales causes de la dif-

ficulté du diagnostic vient de ce que l'enveloppe péritonéale du foie ne peut être enflammée sans que son tissu participe plus ou moins à cette phlogose. On sera donc presque toujours contraint à rester dans le doute : heureusement que cette incertitude n'a que peu d'influence sur le traitement.

Ce n'est pas seulement dans le sens de sa hauteur que le foie peut être déplacé. On sait qu'il n'est pas rare de le trouver refoulé dans l'épigastre et porté jusque dans l'hypochondre gauche. Je ne parle pas des cas où, par suite d'une transposition générale des viscères, il occupe cette dernière région. Quelque embarrassante que soit au premier abord cette disposition, relativement au diagnostic des tumeurs anormales qu'elle détermine, il est des signes, surtout ceux qui résultent de la transposition du cœur, à l'aide desquels on peut toujours la reconnaître. Je veux parler seulement des cas où une tumeur développée dans l'hypochondre droit déjette le foie vers l'épigastre. Tantôt résultat d'une péritonite partielle, ou de l'inflammation du tissu cellulaire des parties voisines, tantôt produites par le développement morbide d'un organe plus ou moins éloigné, tel que le rein, l'ovaire, ces tumeurs, que le palper ne fait pas toujours distinguer d'une altération du foie, parce qu'elles plongent sous le rebord des côtes, d'où elles semblent sortir, en sont pourtant presque toujours assez facilement distinguées, si l'on considère leur point de départ, leurs causes, les symptômes qui les accompagnent. Ainsi, d'un côté, on aura des signes plus ou moins évidens d'une affection du rein ou de l'ovaire; de l'autre, rien n'indiquera, du côté du foie, l'existence d'une maladie capable de produire une tumeur volumineuse à l'épigastre, tumeur dont la forme, la régularité aideront, avec l'absence de douleurs, à reconnaître la nature. Il est pourtant des cas où le diagnostic est fort obscur; c'est lorsque le foie donne des signes évidens de souffrance, en même temps qu'un kyste formé par un épanchement circonscrit, opéré à la suite d'une inflammation partielle du péritoine, le repousse dans l'hypochondre gauche. *Frank* (Méd. prat., t. 5) rapporte diverses observations qui prouvent

toute la difficulté du diagnostic dans de pareilles circonstances. La douleur est vive, elle augmente par une pression légère; elle est accompagnée fort souvent d'ictère et d'un mouvement fébrile intense. Il y a des nausées, des vomissemens, une soif vive; bientôt la douleur change de nature : elle devient sourde et profonde, de lancinante qu'elle était. C'est alors qu'apparaît sous le rebord costal une tumeur dont la fluctuation, d'abord obscure, devient de plus en plus manifeste. Ces signes ne sont-ils pas ceux d'une hépatite qui, d'érisypélateuse (*Hoffmann, Selles, Sauvages*), serait devenue parenchymateuse et profonde? Les abcès suite d'hépatite aiguë sont assez rares, il est vrai, dans nos climats : mais quand ils se forment, c'est presque toujours à la suite d'une inflammation du foie, causée par un choc direct. Eh bien ! c'est aussi la cause la plus fréquente de ces péritonites partielles et des abcès qu'elles déterminent. Ainsi donc tout concourt à jeter du doute sur la connaissance de ces tumeurs. M. *Andral* (Méd. clin., t. 4) rapporte une observation dans laquelle une tumeur développée entre le rein et le foie avait repoussé cet organe dans l'hypochondre gauche, où il faisait une saillie considérable. On reconnut bien que la tumeur était formée par le lobe gauche de l'organe hépatique, mais on crut que ce viscère ne faisait ainsi une saillie considérable que parce que son volume était réellement augmenté; il n'en était rien pourtant, comme le prouva l'ouverture du cadavre. Nous n'avons donc point, je le répète, de signes propres à nous faire arriver à un diagnostic un peu certain, car je ne pense pas que la percussion médiate puisse fournir des résultats positifs; elle ne donnerait que des nuances peu tranchées de matité et de résistance, qui, appréciables pour l'auteur de ce mode d'exploration, seraient presque nécessairement méconnues par le plus grand nombre des médecins.

Tumeurs dépendantes d'une maladie du foie. Les tumeurs du foie sont le résultat d'une affection soit aiguë, soit chronique de ce viscère. Les premières se forment rapidement; elles sont ordinairement accom-

pagnées de douleurs et de symptômes généraux. Les secondes se développent lentement et ne révèlent souvent leur existence que par un peu de malaise dans la région du foie. Rarement les malades y ressentent de vives douleurs. Les unes et les autres peuvent être accompagnées d'ictère, mais ce phénomène n'a rien de constant : aux premières appartiennent la congestion sanguine, l'hépatite aiguë, les épanchemens de sang, de pus, etc. ; aux secondes se rapportent l'hypertrophie, l'hépatite chronique, les abcès enkystés, les hydatides, le cancer et ses formes diverses. La distension de la vésicule biliaire appartient tantôt à la première, tantôt à la seconde de ces divisions. C'est à déterminer les signes distinctifs de chacune de ces altérations, à reconnaître et sa nature et son siége précis que je dois maintenant m'appliquer ; mais les limites de cette thèse ne me permettent que quelques considérations extrêmement courtes sur un sujet aussi vaste.

Une congestion sanguine, soit active, soit mécanique, et due à un obstacle à la circulation, est susceptible de déterminer une augmentation de volume du foie telle, que ce viscère fasse une saillie marquée sous le rebord costal, dans l'hypochondre droit et à l'épigastre. Quelquefois cette tuméfaction survient et disparaît avec une grande facilité. C'est ce qui arrive plus particulièrement dans les cas de maladie du cœur ou de suppression des menstrues chez des femmes pléthoriques. Une saignée dans le premier cas, le retour des règles dans le second, sont promptement suivis de la disparition de la tumeur hépatique. La structure du foie, si bien décrite par M. *Andral*, fait très-bien concevoir la possibilité de pareilles congestions sanguines sans altération de son tissu. Du reste, les symptômes auxquels donne lieu cette congestion sanguine sont les suivans : une tumeur existe dans l'hypochondre droit, appréciable par le palper et la percussion ; lisse, régulière et le plus souvent indolente, elle ne s'accompagne d'aucune coloration particulière de la peau. Si parfois elle est le résultat d'un coup porté dans la région du foie, elle se lie le plus souvent à un obstacle à la circulation, et l'on observe en même

temps des signes de congestions vers d'autres organes. Tels sont les phénomènes auxquels elle donne lieu dans son plus grand état de simplicité. Mais il est des cas où elle revêt une autre forme : ainsi elle s'accompagne d'une sensation douloureuse dans l'hypochondre droit, et d'une teinte ictérique de la peau ; la fièvre s'allume ; différens symptômes généraux se manifestent et viennent se confondre avec ceux d'une véritable hépatite, qui succède et se dessine de plus en plus. Mais alors qui assignera les limites qui séparent ces deux affections? qui dira quand l'une cesse et quand l'autre commence?

Dans l'hépatite aiguë, la tuméfaction de l'hypochondre droit s'accompagne de symptômes qui ne permettent point de méconnaître la nature de la maladie : ainsi il y a sensibilité à la pression, propagation de la douleur à l'épaule et à la clavicule du même côté ; décubitus difficile, tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre ; teinte ictérique et sécheresse de la peau ; mouvement fébrile plus ou moins intense ; dyspnée, toux sèche, hoquet, souvent nausées et vomissemens. De ces derniers phénomènes, les uns, comme la toux, le hoquet, appartiennent plus particulièrement à l'inflammation de la partie convexe du foie ; les autres, tels que les nausées et les vomissemens, à celle de la partie concave. Remarquons toutefois que ces symptômes ne suffiraient pas pour caractériser une hépatite aiguë, si la tumeur de l'hypochondre ne venait en compléter la série et leur donner leur valeur comme signes diagnostiques ; car la plupart d'entre eux peuvent être produits par une vive inflammation du duodénum et des conduits biliaires.

Lorsque l'hépatite aiguë se termine par suppuration, terminaison d'ailleurs assez rare dans nos climats, une nouvelle série de symptômes commence : le calme passager qui s'était montré est tout à coup interrompu par un frisson ; la douleur de l'hypochondre se circonscrit ; elle devient profonde, pulsative. Le malade est en proie à des alternatives de frissons et de sueurs ; il accuse un sentiment de pulsation dans le foie ; la soif est vive et difficile à calmer. Il y a chaque soir une exacerbation marquée ; alors se déclare, dans l'hypo-

chondre droit, un empâtement particulier; et bientôt, si la collection purulente est superficielle, si elle est considérable, elle soulève les côtes inférieures et devient le siége d'une fluctuation, d'abord obscure, incertaine, mais qui chaque jour devient plus manifeste. Le pourtour de l'abcès est formé par une sorte de bourrelet dur et résistant; enfin, lorsque le pus tend à se faire jour au-dehors, la peau rougit, devient comme œdémateuse, en paraissant s'élever en pointe : *In acutum tendens* (Hipp.).

Un épanchement sanguin dans l'intérieur du foie, la distension de la vésicule biliaire, forment des tumeurs qui pourraient être confondues avec celle dont je viens de parler. Il s'agit maintenant de tracer les caractères à l'aide desquels on pourra les distinguer.

La première de ces affections est extrêmement rare, et, pour ma part, je ne l'ai jamais observée. On conçoit pourtant qu'un coup porté sur un foie déjà congestionné, et qui ferait saillie au-dessous des côtes, pourrait produire la déchirure de son tissu et un épanchement sanguin. Les circonstances antécédentes, une fluctuation qui se manifeste promptement après l'accident, sans symptômes inflammatoires préalables, pourraient faire soupçonner la nature de la tumeur, et la distinguer des abcès du foie. Peut-il se faire au sein de cet organe une hémorrhagie active spontanée? Les observations des auteurs, les faits rapportés par MM. *Andral* et *Louis*, ne laissent point de doute à cet égard; mais dans aucun des cas dont j'ai connaissance la nature de l'affection ne fut reconnue pendant la vie.

Ce que j'ai dit de la rareté des tumeurs formées par un épanchement sanguin du foie ne s'applique nullement à celles qui sont le résultat de la distension de la vésicule biliaire; elles sont au contraire assez fréquentes, et sont produites par l'accumulation de bile, de mucosités, de pus ou de calculs. Si nous voulons rechercher les causes qui la déterminent, nous les trouverons dans l'oblitération du canal cholédoque, dans différens points de son étendue, par des calculs, le gonflement inflammatoire de la muqueuse qui le tapisse, son engorgement chronique, des mucosités, des vers, enfin une tumeur de la

muqueuse duodénale à l'endroit où s'ouvre l'orifice du conduit cholédoque.

S'il est bien certain, comme le pensait déjà *Petit*, et comme l'ont surtout démontré dans ces derniers temps MM. *Andral* et *Louis*, qu'une inflammation du conduit cholédoque et le gonflement général ou partiel de la muqueuse qui en tapisse la cavité soient une cause assez commune de la distension du réservoir de la bile, il n'en est pas moins vrai que la cause la plus fréquente de cette distension est la présence de calculs qui en obstruent le canal. Quoi qu'il en soit, la vésicule biliaire distendue forme une tumeur piriforme, mobile, lisse, adhérente au foie par un seul point de sa circonférence, tantôt existant au-dessous du rebord cartilagineux des côtes droites, tantôt s'étendant plus bas dans l'hypochondre et descendant quelquefois jusque dans le flanc droit. Lorsqu'elle acquiert ainsi d'énormes dimensions, elle cesse de présenter une forme régulière, et varie singulièrement.

Quels sont les symptômes qui accompagnent ces tumeurs formées par la vésicule biliaire? Si elles sont produites par l'oblitération du canal cholédoque, causée par un engorgement inflammatoire coïncidant avec une duodénite, il y a douleurs vives, fièvre, nausées, quelquefois vomissemens, teinte ictérique de la peau, soif ardente; si elle est due à la présence d'un calcul, le malade éprouve une douleur sourde, profonde, à la région du foie; cette douleur se propage de ce viscère vers l'épigastre, augmente par la toux, le chant, les grands efforts de la voix et de la respiration. L'ictère périodique, la sortie de petits calculs par le rectum à la suite de violentes coliques, sont des symptômes caractéristiques, mais qui ne sont pas constans. Leur importance a été signalée par les auteurs. Bianchi a dit : *Icterici pertinaces, vel sanati et sæpiùs facilèque recidivantes, exindè incurabiles redditi, à calculo cystidis fellis ferè semper produci cadaverum sectiones quàm plurimæ nos et* Baglivium *docuêre.* De même Baglivi : *Si icterus semel denuò ac sæpiùs recidivet, signum est infallibile oriri à calculo vesicæ fellis.*

Ces signes suffisent presque constamment pour faire reconnaître

une tumeur formée par la vésicule du fiel ; mais pour ajouter plus de certitude encore au diagnostic, pour ne point risquer de confondre ces tumeurs avec un abcès du foie, je vais examiner comparativement les symptômes de ces deux affections. Souvent une douleur violente, une réaction fébrile prononcée, marquent le début de ces deux maladies. C'est surtout lorsqu'il existe une inflammation du conduit cholédoque que ces phénomènes ont lieu ; car, lorsque l'obstacle au cours de la bile est un calcul engagé dans ce conduit, il y a rarement de la fièvre dans le principe. Lorsqu'un abcès se forme dans le foie, la douleur est profonde, pulsative. Ce caractère n'existe point dans le cas de distension de la vésicule ; le moment de la suppuration est marqué par un frisson irrégulier suivi de chaleur et de moiteur ; la peau reste sèche quand il existe une tumeur de la vésicule. Dans l'abcès du foie, la fluctuation, long-temps douteuse, et précédée d'une sorte d'empâtement, est profonde. La tumeur biliaire est fluctuante dès le principe ; l'abcès du foie est entouré d'un bourrelet, d'une sorte de cercle inflammatoire dur et résistant. Lorsque la tumeur est formée par la vésicule, on sent de la fluctuation dans tout l'espace qu'elle occupe ; d'ailleurs l'ictère est constant dans le cas d'obstacle au cours de la bile, pourvu qu'il soit complet et qu'il dure un certain temps ; il manque assez fréquemment dans l'abcès. Enfin il nous reste encore cette circonstance, qu'antérieurement à la suite de coliques et d'une teinte ictérique passagère, des calculs ont été rendus par le rectum. Est-il des signes physiques à l'aide desquels on puisse reconnaître l'existence de calculs dans la vésicule du fiel ? Lorsqu'ils y sont en certaine quantité, que la tumeur qu'ils déterminent est volumineuse, un examen attentif pourra faire sentir aux doigts qui explorent un ballottement, une sorte de petit craquement particulier, en même temps qu'ils recevront l'impression d'une fluctuation plus ou moins manifeste. « Ce n'est pas, dit *Petit* (Mém. de l'Acad. de chir.), qu'on ne puisse quelquefois les apercevoir au toucher (les calculs biliaires), lorsque les malades sont maigres, que ces pierres sont grosses, ou bien lorsqu'il y en a plusieurs ensemble ; alors, en touchant, dans la région

de la vessie du fiel, la saillie ou tumeur que peut faire un pareil amas de pierres, on sent un craquement et même on entend un bruit semblable à celui que feraient des noisettes enfermées dans un sac : c'est ce qu'on a observé plusieurs fois. »

Enfin je terminerai tout ce que j'ai à dire sur ce sujet par une dernière remarque ; c'est que quelquefois l'accumulation des calculs dans le réservoir de la bile ne détermine aucun accident, ne produit aucun trouble dans les fonctions digestives, aucune douleur assez forte pour fixer long-temps l'attention de celui qui en est affecté. *Sauvages*, dans sa Nosologie méthodique, cite l'observation d'un individu dont la vésicule contenait plus de cent calculs, et qui n'avait jamais éprouvé ni jaunisse, ni douleurs de coliques hépatiques. *Morgagni* rapporte plusieurs observations analogues, à la suite desquelles il fait cette remarque : *Haud rarò insunt sine icterico colore, ullâ ve peculiari noxâ.* Je crois que dans ces cas l'absence des accidens tient à ce que, par une disposition particulière, la bile continue à être versée dans le duodénum, et aussi à ce que la sensibilité de la vésicule n'est point mise en jeu par la présence de ces calculs.

En abordant l'étude des tumeurs formées par le foie chroniquement affecté, il est un fait que je dois, avant tout, chercher à établir : c'est qu'il est presque impossible, dans l'état actuel de la science, de distinguer entre elles, d'une manière positive, les différentes tumeurs qui résultent du dépôt, au sein du parenchyme hépatique, des divers produits de sécrétion désignés sous les noms de *matière tuberculeuse*, *encéphaloïde*, *stéatomateuse*, *mélanique*, etc.; toutes, en effet, révèlent leur existence à l'observateur par un appareil de symptômes à peu près identiques, et il est nécessaire de les réunir dans un même groupe pour l'examen de leurs signes diagnostiques.

Le volume du foie présente des variétés si nombreuses, sans que la santé générale en soit en rien troublée, qu'il est difficile d'indiquer la ligne de démarcation qui sépare l'état normal de l'hypertrophie. M. *Portal* remarque « que les gros mangeurs ont le foie plus

volumineux que les autres personnes ; celles qui mènent une vie sédentaire, plus que celles qui sont dans une action continuelle de marche ou qui se livrent à des travaux pénibles, et plus que celles qui vivent frugalement. » Je dois rappeler que par *hypertrophie* du foie, j'entends une augmentation de son volume et de son poids sans altération de son tissu ; elle n'est que le résultat d'une irritation de nutrition qui appelle au sein du parenchyme hépatique une trop grande quantité de molécules organiques. Ainsi considérée, l'hypertrophie du foie n'est point extrêmement fréquente ; pourtant il en existe des exemples assez nombreux. *Thomas Bartholin* dit avoir vu un foie qui pesait quarante livres. *Morgagni*, *Dehaen*, *Baillou*, *Bianchi*, M. *Portal*, citent des exemples non moins remarquables d'hypertrophie de cet organe. Tant qu'elle n'a point dépassé certaines limites, les signes à l'aide desquels on peut la reconnaître sont, les signes physiques exceptés, tout à fait négatifs : ainsi on n'observe nulle douleur, si ce n'est une sorte de malaise produite par les tiraillemens exercés par la tumeur ; il n'existe aucun trouble ni dans la sécrétion biliaire, ni même dans le travail de la digestion. Si l'on explore l'hypochondre droit, on sent au-dessous du rebord des côtes, et souvent aussi à l'épigastre, une tumeur résistante, égale, lisse, qui se termine par un bord régulier et tranchant. C'est à l'aide de ces symptômes et de l'absence des désordres fonctionnels qui accompagnent les autres maladies du foie que l'on parvient à distinguer l'hypertrophie de cet organe ; mais lorsque cette augmentation de volume est telle que la glande biliaire vient reposer sur la crête iliaque, en envahissant une partie de la cavité abdominale, alors il est impossible que ses fonctions restent intactes : la peau se couvre d'une teinte ictérique, les digestions se troublent, la nutrition s'altère, soit que l'accroissement anormal du foie, en concentrant sur cet organe une trop grande somme de forces, s'oppose à ce que les autres parties réparent leurs pertes (M. *Andral*) ; soit que, comprimant les organes digestifs, il en trouble les fonctions ; soit enfin par ces deux causes réunies. Dans ce cas, les malades succombent tantôt aux pro-

grès d'un marasme toujours croissant, tantôt aux suites d'une ascite, tantôt enfin à des symptômes inflammatoires.

Par suite d'une congestion sanguine, résultat d'un travail d'inflammation chronique, le foie est susceptible de prendre un accroissement considérable; mais différente de l'hypertrophie véritable, avec laquelle on la trouve souvent confondue dans les auteurs, cette affection s'accompagne toujours d'altérations plus ou moins profondes : ainsi, tantôt le foie est ramolli, tantôt il recèle au sein de son tissu de vastes abcès. *Pringle* (Maladie des armées) a vu un foie pesant onze livres, et descendant jusqu'à l'ombilic; il contenait un abcès à sa partie postérieure. *Lieutaud*, liv. 1^er^., obs. 712, rapporte l'histoire d'une femme, âgée de quarante ans, qui, après une suppression de règles, se plaignait depuis long-temps d'une tumeur douloureuse dans l'hypochondre droit; elle éprouvait aussi une extrême difficulté de respirer. Il survint des symptômes graves, des anxiétés, des lipothymies, et enfin la mort. On vit, à l'ouverture du corps, que le foie était d'un énorme volume; il pesait quinze livres, et renfermait un abcès considérable; le poumon droit était refoulé jusqu'à la troisième côte. Les symptômes qui marquent le début de cette maladie sont ordinairement peu tranchés : les malades accusent une douleur profonde dans l'hypochondre droit; les fonctions digestives se dérangent; il y a une continuelle émission de gaz intestinaux. Souvent il existe une constipation opiniâtre; les extrémités s'infiltrent; l'abdomen est distendu par de la sérosité, et pourtant, suivant M. *Victor Murat* (Bulletin de la Société méd. d'émul., septembre 1821), un certain embonpoint existe encore pendant long-temps. Si l'on examine avec soin l'hypochondre droit, on y découvre une tumeur douloureuse au toucher, qui tantôt présente tous les caractères qui appartiennent à une simple congestion sanguine ou à une hypertrophie, tantôt offre une mollesse particulière, quelquefois une fluctuation évidente; c'est qu'alors un abcès existe, qui, superficiellement placé, est immédiatement en contact avec les parois abdominales, ou n'en est séparé que par une couche mince du

tissu du foie. Une poche dense, fibreuse, présentant à sa face interne un aspect muqueux, isole le plus souvent ces abcès du tissu du foie, qui, dans quelques cas, a repris autour d'elle son aspect et sa consistance. Ce sont ces collections purulentes qu'on a désignées sous le nom d'*abcès enkystés*. Leur diagnostic est assez facile, la fluctuation indique d'une manière évidente la présence d'un liquide. Quelle en est la nature? Ce ne peut être que du pus; car nous verrons plus bas que les kystes hydatiques, avec lesquels seulement ces abcès peuvent être confondus, donnent lieu à d'autres symptômes; mais lorsque la collection purulente est tellement profonde qu'elle ne peut être reconnue, ou lorsqu'elle n'existe point et que le foie est le siége d'un ramollissement partiel ou général, le diagnostic devient plus difficile. C'est alors sur les seules différences offertes par les symptômes généraux qu'il peut être basé; car, avons-nous dit, une hypertrophie peu avancée du foie constitue à peine une maladie, et le plus souvent ne donne lieu à aucun désordre fonctionnel; tandis que la tuméfaction de cet organe, par l'effet d'une inflammation chronique, s'accompagne presque constamment d'un trouble marqué des digestions, d'un état de malaise habituel, de sécheresse à la peau, quelquefois d'un mouvement fébrile revenant par intervalles. Mais lorsque l'hypertrophie du foie est portée au plus haut degré, ses symptômes se confondent avec ceux de l'hépatite chronique, accompagnée d'un grand développement de l'organe : c'est peut-être qu'alors la première de ces affections se rapproche de plus en plus de la seconde, de laquelle elle finit par ne plus pouvoir être distinguée.

Les hydatides développées dans le foie y sont contenues dans une poche résistante, comme fibreuse, qui, dépassant parfois le niveau de l'organe, soulève les tégumens en une tumeur arrondie, souvent appréciable par la vue avant que le toucher en ait constaté l'existence. Ces kystes hydatiques offrent à la main qui les explore une élasticité particulière, et donnent par la percussion médiate un bruit que M. *Piorry* a désigné sous le nom de *frémissement hydatique.*

Les hydatides se développent souvent sans causes connues. Leur invasion est fort obscure ; pâles, abattus, languissans, les malades ne se plaignent d'aucune douleur ; ils offrent tous les signes d'un sang peu riche, et d'une nutrition incomplète ; du reste, la fièvre est nulle, ou, si le pouls est parfois fréquent, la peau n'a point cette chaleur et cette sécheresse qu'elle présente dans les affections inflammatoires du foie. Il suffit d'énumérer ces caractères pour être dispensé du soin de les faire ressortir les uns après les autres, en les comparant aux symptômes des abcès enkystés, avec lesquels ils ont si peu d'analogie.

Une tumeur apparaît dans l'hypochondre droit ; elle est dure, inégale, bosselée ; l'extrémité des doigts la sent sous le rebord costal, qu'elle dépasse, et que parfois elle déjette en dehors. Son apparition a été précédée de troubles divers des fonctions digestives, tels que pesanteur épigastrique, rapports nidoreux, nausées, vomissemens ; souvent un simple malaise, d'autres fois une douleur ou sourde, ou vive et lancinante, augmentant par la marche, la course, les secousses d'une voiture, existe depuis long-temps, soit à l'hypochondre droit, soit dans des points de l'abdomen plus ou moins éloignés. Cette douleur, à laquelle le malade attachait d'abord peu d'importance, fixe plus particulièrement son attention, lorsqu'il s'aperçoit que le côté droit de son ventre est gonflé. Dans ce degré déjà avancé de la maladie, les organes de la poitrine et de l'abdomen sont refoulés et gênés dans leurs fonctions ; la peau offre quelquefois une teinte ictérique très-prononcée, toujours une sécheresse et un aspect particulier qui diffère de celle que l'on observe dans les affections organiques du tube digestif. Aussi *Fernel* disait : *Ex faciei autem colore, habitu corporis, morbis antegressis, obstructionis causam cognosces.* (Path., lib. 5, cap. 5.) A ce point de la maladie, il y a un état de malaise habituel et un dépérissement qui ne permettent plus de douter d'une altération profonde de quelque organe important ; c'est vers cette époque que survient aussi une complication grave à laquelle succombent plusieurs malades, plutôt encore qu'à

l'altération du foie : je veux parler de l'ascite. Bien que cet accident s'observe plus souvent dans l'atrophie du foie, cependant il n'est pas rare de le rencontrer dans les cas de tumeurs cancéreuses de cet organe. Cette hydropisie diffère de celle qu'on observe dans les maladies du cœur, en ce que dans celle-ci l'épanchement qui se fait dans la cavité abdominale est précédé de l'infiltration des membres inférieurs.

Cet appareil de symptômes ne permet point, je crois, de méconnaître le siége de l'affection. En effet, à quel autre organe que le foie pourrait-il appartenir? Serait-il possible de les confondre avec des tumeurs de même nature, formées dans le péritoine périhépatique, et dans l'épiploon gastro-hépatique? Mais d'abord il est fort rare que ces replis soient primitivement affectés d'une dégénérescence organique; je dis très-rare et non pas constant, car on trouve, dans la *Clinique médicale*, un exemple de tumeur cancéreuse de l'épiploon, tous les autres organes abdominaux étant sains. D'un autre côté, la tumeur, dans ces cas, jouit assez souvent d'une certaine mobilité; la main, en la circonscrivant, ne trouve point la base adhérente au foie, que la percussion démontre d'ailleurs ne point dépasser ses limites ordinaires. Enfin on n'observe point, le plus communément, ces troubles variés de la digestion et de la sécrétion biliaire, que j'ai signalés plus haut.

Le diagnostic deviendra plus difficile lorsque la tumeur formée par le foie fera exclusivement saillie dans l'épigastre ou l'hypochondre gauche. Je dis exclusivement, car dans les cas où la tumeur remplit déjà l'hypochondre droit, on la sent, quelquefois même on la voit sortir de dessous les côtes et se prolonger sans interruption du côté de la région splénique. Si la tumeur est bornée à l'épigastre, elle peut tenir à une augmentation de volume du lobe gauche du foie, soit qu'il ait éprouvé une simple hypertrophie, soit qu'il soit le siége d'une dégénérescence plus ou moins profonde; elle peut appartenir également à une tumeur squirrheuse de l'estomac. Mais si l'on réfléchit que les tumeurs formées par ce dernier organe se pro-

longent rarement derrière les côtes, qu'elles ont en général une certaine mobilité, que presque toujours elles sont accompagnées, dès le principe, d'un trouble notable des fonctions digestives, on parviendra, je crois, à éviter l'erreur. Je ne parle pas de la nature de la douleur, elle est pongitive et lancinante dans les deux cas ; la coloration de la peau, surtout celle de la conjonctive, est un peu différente. Dans les dégénérescences cancéreuses de l'estomac, la première offre une teinte jaune-paille particulière ; la conjonctive, au contraire, ne présente rien de spécial, tandis que, dans le cancer du foie, la coloration de la peau est plus foncée ; elle est safranée, et la conjonctive présente cette coloration au plus haut degré. Enfin, je dirai, comme un dernier caractère, que les tumeurs épigastriques formées par le foie peuvent être suivies sous les côtes. Si les doigts de l'observateur ne peuvent y réussir, il lui reste le secours de la percussion médiate, qui ne fait découvrir aucune interruption dans la matité et la résistance jécales.

PROPOSITIONS

DE

MÉDECINE.

I.

Une douleur vive à l'épigastre, augmentant par la station et les efforts respiratoires, s'accompagnant de nausées, de vomissemens, de hoquet, etc., tient souvent à une hernie de l'estomac, tellement petite, qu'elle exige, pour être reconnue, les recherches les plus attentives.

II.

Des corps étrangers, tels que des arêtes de poisson, des fragmens d'os, se logent quelquefois dans les lacunes trop développées des amygdales, et par leur présence causent de la douleur, de la gêne dans la déglutition, et déterminent la sécrétion d'une matière blanchâtre, et tenace qui tapisse les lacunes, entoure leur orifice, et simule des ulcérations syphilitiques.

III.

Les fièvres intermittentes attaquent aussi fréquemment les enfans que les adultes. Quelques faits tendent à prouver que le lait d'une

nourrice peut devenir une voie de transmission de la fièvre intermittente.

IV.

Dans cette transmission directe, le principe morbifique semble accroître d'énergie, soit qu'il trouve moins de résistance dans les faibles organes de l'enfant, soit que, porté dans le tube digestif, il soit plus facilement absorbé. Ainsi, l'enfant d'une nourrice atteinte d'une simple tierce contractera souvent une fièvre quotidienne, ou même une fièvre continue qui, différant par son type d'une fièvre intermittente, en reconnaîtra néanmoins les causes, en présentera les caractères.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

In ictericis hepar durum fieri, malum. *Sect.* 6. *aph.* 42.

II.

Quibus suppuratum quid, in corpore existens, nullum suî signum prodit, his propter crassitudinem puris aut loci signum non exhibet. *Ibid.*, *aph.* 41.

III.

Quibus occulti cancri fiunt, eos non curare meliùs est; curati enim citò pereunt, non curati verò longius tempus perdurant. *Ibid.*, *aph.* 38.

IV.

Lienosis dysenteria superveniens, bonum. *Ibid.*, *aph.* 48.